FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1966 N°

THÈSE

POUR LE

331

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Jean OLLIVIER

né le 25. 2. 38 à Clamart (Seine)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

REMARQUES SUR LES CANCERS DU PAVILLON ET DES REGIONS PERIAURICULAIRES

Président : M. AUBRY, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1966 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Jean OLLIVIER

né le 25.2.38 à Clamart (Seine)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

REMARQUES SUR LES CANCERS DU PAVILLON ET DES REGIONS PERIAURICULAIRES

Président : M. AUBRY, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

1/1/1966

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR . . . . . } Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR . . . . . } Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) ; DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.) ; RICHET (G.)
Physiologie	DEJOURS (P.) ; ROUGAYROL (J.-Cl.) ; SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) ; GOUGEROT (L.) ; TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	N...
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CABROL (Ch.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie pathologique	BOUYSOU (Ch.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque. Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents

A ma famille.

Au Professeur AUBRY

qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse,

qu'il trouve ici le témoignage de ma reconnaissance.

A mon Maître :

Docteur PINEL,

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

Qu'il trouve ici le témoignage respectueux de ma gratitude et de ma grande admiration.

A mes Maîtres d'Externat

Le Docteur TANRET

Le Professeur MERLE D'AUBIGNE

Le Professeur MOUQUIN

Le Docteur LEREBOULLET

Le Professeur THOMERET

Le Docteur GERBEAUX

Le Professeur LEROUX-ROBERT

Le Professeur LEPAGE

Le Docteur FLEURY

Le Docteur PINEL.

REMARQUES SUR LES CANCERS

DU PAVILLON DE L'OREILLE ET DES REGIONS PERIAURICULAIRES

- 1°) Ce ne sont pas des cancers fréquents.
- 2°) Bien qu'au point de vue histologique la forme spinocellulaire soit la plus fréquente, on trouve toutes les formes histologiques.
- 3°) Il est difficile de définir le type histologique d'après l'aspect macroscopique.
- 4°) Bien traités ces cancers ont un bon pronostic.
- 5°) Une des conditions de leur bon pronostic est le traitement précoce.
- 6°) On verra que parfois il y a peu de différence entre une tumeur épithéliale bénigne et une tumeur épithéliale bénigne dégénérée.

I - FREQUENCE

- Les cancers de l'oreille sont rares.

En 5 ans à la consultation d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôpital COCHIN, nous n'en relevons que 8 cas, dont deux siègent dans les régions périauriculaires : le premier siège dans la région mastoïdienne, le deuxième dans la région temporale.

- Cette constatation concorde bien avec les statistiques des centres anti-cancéreux.

Au centre anti-cancéreux de Villejuif, RIGAULT en 1955 rapporte dans sa thèse : 315 cancers de l'oreille, dont 274 du pavillon et des régions périauriculaires, ce qui représente un pourcentage de 1,6 % de tous les cancers de Villejuif.

En 1956, FLISS rapporte dans sa thèse 94 cas de cancers de l'oreille sur un total de 11.800 cancers divers au centre régional anti-cancéreux de TOULOUSE, soit un pourcentage de 1,3 %.

II - HISTORIQUE

- Ces résultats concordent également avec l'historique des cancers de l'oreille : en effet ces cancers ont peu préoccupé les anciens auteurs.

- Il faut attendre 1804 pour que FISHER en donne la première description.

Puis ce sont celles de :

- KRAMMER en 1848 dans son traité des maladies de l'oreille
- SEDILLOT en 1859;
- VELPEAU en 1864;
- DEMARQUAY en 1869.

- C'est seulement en 1875 que SCHWARTZ en donne l'analyse histologique.

III - ETIOLOGIE

1°) CIRCONSTANCES FAVORISANTES

- L'exposition au soleil : d'où la plus grande fréquence chez les cultivateurs. En effet, FLISS relève 60 % de paysans sur 94 cas de cancers de l'oreille.

- Les gelures.

- Les cicatrices anciennes.

- Les irritations locales.

- Le psoriasis.

- Les dyskératoses : à ce sujet nous pouvons en apporter la preuve histologique; il s'agit d'un homme de 66 ans, M. R...GEORGES :

Biopsie d'une tumeur cornée du pavillon : (obs. n°1)

Un des fragments prélevés est uniquement constitué par des végétations cornées. L'autre fragment est revêtu d'un épithélium malpighien qui est le siège d'une hyperkératose de surface.

Ce deuxième fragment est de toute évidence le siège d'une prolifération tumorale maligne faite de bourgeons malpighiens qui pénètrent dans le derme.

Les cellules tumorales montrent de fréquentes images de kératinisation et possèdent des noyaux irréguliers, parfois monstrueux.

Le stroma est infiltré par de nombreuses cellules inflammatoires.

Il s'agit donc d'un épithélioma épidermoïde différencié mature développé selon toute vraisemblance sur une dyskératose (maladie de BOWEN). Dans une région de la préparation la prolifération tumorale atteint l'épiderme de surface.

2°) LE SEXE

- Ici aussi tous les auteurs retrouvent la nette prépondérance du sexe masculin.

Sur nos 8 observations, nous retrouvons 6 hommes pour seulement 2 femmes.

IV - LE SIEGE

L'hélix semble être le siège de prédilection des cancers du pavillon de l'oreille. En effet :

- LABORDE et VIA sur 59 cancers en trouvent au niveau :

  - de l'hélix : 27
  - du sillon rétro-auriculaire : 7
  - de la conque : 6
  - du lobule : 5
  - du tragus : 2
  - 8 autres englobaient tout le pavillon rendant impossible la recherche du point de départ.

- RIGAULT sur 214 cas en trouve au niveau :

  - de l'hélix : 54 cas.
  - du sillon rétro-auriculaire : 39
  - de la face postérieure du pavillon : 23
  - de la région pré-auriculaire avec atteinte plus ou moins importante de la partie antérieure du pavillon : 15
  - de l'anthélix : 11
  - de la conque : 12 cas
  - du tragus : 5 cas
  - du lobule : 5 cas
  - et 50 cas de cancers étendus envahissant la presque totalité du pavillon.

- LEROUX ROBERT sur 235 cas en trouve au niveau :

  - de l'hélix : 78 cas
  - de l'anthélix : 25
  - de la conque : 22
  - de l'anti-tragus : 2
  - du lobule : 10
  - du tragus : 9
  - de la face interne : 35
  - du sillon rétro-auriculaire : 20

- de la région pré-tragienne et pavillon : 10
- de la région rétro-auriculaire : 3
- point de départ non précisé : 21

- POUR NOUS, sur 8 cas, nous trouvons :

- 5 cancers siégeant au niveau de l'hélix
- 1 au niveau de la conque
- 1 au niveau de la région temporale
- 1 au niveau de la région mastoïdienne.

V - ASPECTS CLINIQUES

C'est ici que nous retrouvons le plus de discordance dans le littérature.

- CORTIAL : estime que sur 42 cas il y a environ une forme ulcéreuse pour 3 bourgeonnantes.

- ALLILAIRE en 1940 admet :

- la forme bourgeonnante semble la plus fréquente au niveau du lobule.
- la forme ulcéreuse siégeant plus volontiers dans le sillon rétro-auriculaire où elle reste fissuraire; au niveau du tragus ou de la partie centrale du pavillon.

- RIGAULT en 1955, sur 214 cas retrouve :

- tumeurs ulcéreuses : 101 cas, soit un pourcentage de 47 %,
- tumeurs végétantes : 49 cas, soit 23 %.
- tumeurs ulcéro-végétantes : 48 cas, soit 22 %.
- tumeurs infiltrantes : 15 cas, soit 7,5 %.
- corne cutanée : 1 cas, soit 0,5 %.

- FLISS en 1956, sur 94 cas retrouve :

- Forme bourgeonnante 56 cas, soit un pourcentage de 60 %. son siège d'élection est l'hélix et le lobule.
- Forme ulcéreuse : siège d'élection est le sillon rétro-auriculaire.
- Forme térébrante : est beaucoup plus rare.
- Mais en fait ces aspects sont rarement rencontrés à l'état isolé et c'est leur association que l'on rencontre le plus fréquemment en clinique et en particulier la forme ulcéro-végétante.

- Enfin LEROUX ROBERT en 1957, sur 214 cas trouve :

  - tumeurs superficielles et végétantes : 43 cas, soit 20 %.
  - tumeurs ulcéro-bourgeonnantes : 44 cas, soit 20 %.
  - tumeurs infiltrantes et ulcéro-infiltrantes : 129 cas, soit 60 %.

On voit donc qu'il est le premier à insister sur le caractère infiltrant des lésions et ceci a une importance capitale, car au point de vue pronostic ces tumeurs sont celles qui donnent les plus mauvais résultats. En effet :

- sur 129 tumeurs ulcéro-infiltrantes et infiltrantes il y a 61 guérisons, 39 échecs, 23 décès par maladie intercurrente et 4 malades perdus de vue.

Alors que pour les autres aspects, les résultats sont meilleurs :

- sur 43 tumeurs superficielles et végétantes, il y a 26 guérisons, seulement 5 échecs, 10 décès par maladie intercurrente et 2 malades perdus de vue.
- sur 44 tumeurs ulcéro-bourgeonnantes, il y a 28 guérisons, 7 échecs, 6 décès par maladie intercurrente et 3 malades perdus de vue.

"Ces chiffres permettent d'opposer le pronostic satisfaisant des cancers superficiels et végétants et ulcéro-bourgeonnants au mauvais pronostic des épithéliomas infiltrants et ulcéro-infiltrants où le pourcentage des échecs atteint un chiffre de 40 % environ". (LEROUX ROBERT).

- Il est classique de distinguer des aspects cliniques différents selon le type histologique en cause (LEROUX ROBERT et ENNUYER).

1°) L'épithélioma spino-cellulaire.

Il se présenterait sous 3 formes cliniques :

a) la corne cutanée, reposant sur une base inflammatoire et siégeant au niveau de l'hélix.

b) la tumeur végétante comportant des croutes et des éléments cornés.

c) la tumeur ulcéro-infiltrante.

2°) L'épithélioma baso-cellulaire.

Il comporterait également 3 aspects :

a) L'ulcus rodens : nodule d'abord, puis petite ulcération entourée d'un bourrelet nodulaire, très évocatrice de baso cellulaire.

b) Epithélioma plan cicatriciel : exulcération qui cicatrise en son centre et s'étend en surface, en tache d'huile par un fin bourrelet périphérique à peine visible.

c) Epithélioma térébrant: détruisant peau et cartilage, amputant plus ou moins largement le pavillon.

Cela se vérifie assez souvent. Nous pouvons en donner quelques exemple :

(Obs. n°2) - M.L... HENRI, 68 ans, présente une tumeur ulcérée au niveau de l'hélix gauche :en voici l'histologie :

- Formation tumorale largement ulcérée, développée dans le derme au voisinage d'une pièce cartilagineuse.

Cette tumeur est formée de travées de divers calibres composées de cellules toutes semblables : petites, basophiles, sans cadres clairs ni filaments d'union ; cellules épithéliales indifférenciées. Les cellules qui bordent le stroma ont une orientation palissadrique; les cellules profondes ont des formes variées tantôt polygonales, tantôt allongées fusiformes.

Il existe une nécrose centrale de certaines travées épithéliomateuses.

Le stroma est très inflammatoire.

En conclusion : il s'agit d'un épithélioma baso-cellulaire.

La formation tumorale a été enlevée en totalité. Elle s'étend peu en profondeur respectant le derme profond, n'atteignant pas le cartilage.

AUTRE EXEMPLE :

(Obs. n° 3) - M.C... ROBERT, 66 ans, souffre depuis 5 mois d'une croutelle au niveau du plancher de la conque gauche. Une biopsie fut faite :

- "Les fragments biopsiques sont assez dissociés."

- L'un d'eux est revêtu d'un épithélioma malpighien de structure normale.

- d'autres sont de toute évidence le siège d'une prolifération tumorale maligne faite de cellules malpighiennes atypiques, parfois dyskératosiques montrant quelques anomalies nucléaires évidentes.

- Il est impossible sur ces prélèvements d'apprécier l'extension de cette prolifération tumorale.

- Il s'agit donc d'un épithélioma épidermoïde différencié dyskératosique.

En pratique il faut savoir qu'il ne s'agit que d'un schéma car on a parfois quelques surprises. En voici un exemple :

(Obs. n° 4) - Mme S. Françoise, 81 ans, présentait une lésion nodulaire légèrement infiltrée et ulcérée. En voici l'histologie :

- le derme est le siège d'une prolifération tumorale assez volumineuse venant presque au contact de l'épiderme ulcéré.

- la prolifération tumorale presque partout bien limitée est parfiellement kystisée. Elle est constituée dans les régions solides de cellules régulières adoptant rarement une disposition glanduliforme. Les anomalies cyto-nucléaires et les mitoses demeurent relativement rares. En périphérie quelques travées cellulaires de même type infiltrant le derme.

CONCLUSION : Epithélioma annexiel de type sudorifère.

VI - LES VARIETES HISTOLOGIQUES.

De toutes les statistiques, il apparaît d'une manière constante que l'épithélioma spino-cellulaire est le plus fréquent.

- LABORDE et VIA en 1934 trouvent sur 53 cancers de l'oreille :
  - 34 spino, soit 63 %
  - 7 baso, soit 14 %
  - 11 intermédiaires à tendance spino, soit 21 %
  - 1 glandulaire, soit 2 %.

- RIGAULT en 1955 trouve sur 214 cancers de l'oreille dont 187 ont un examen histologique :
  - 114 spino-cellulaire, soit 56 %
  - 51 baso-cellulaire, soit 28 %
  - 13 intermédiaires, soit 9 %
  - 4 cylindromateux, soit 3 %
  - 3 glandulaire, soit 2 %
  - 2 maladies de BOWEN, soit 1,8 %.

- FLISS en 1956 trouve 94 cas, dont 87 ont un examen histologique :
  - 43 spino, soit 49 %.
  - 34 baso, soit 39 %.
  - 7 intermédiaires, soit 8 %
  - 2 noevocarcinomes, soit 3 %
  - 1 sarcome fusocellulaire, soit 1 %.
- LEROUX ROBERT en 1957 trouve 235 cas dont 233 ont un examen histologique :
  - 161 spino, soit 68,5 %
  - 67 baso, soit 28,5 %
  - 2 intermédiaires, soit 1 %
  - 1 glandulaire, soit 0,5 %
  - 1 épi non précisé, soit 0,5 %.
- Si l'on fait le total de tous ces cas, on trouve sur 560 cancers de l'oreille :
  - 351 spino, soit 63 %
  - 159 baso, soit 29 %
  - 33 intermédiaires, soit 6 %
  - 16 cancers divers (glandulaires cylindromateux, maladie de BOWEN) (soit 3 %.

Sur nos 8 cas, nous trouvons :

- 3 spino-cellulaires
- 1 baso-cellulaire
- 1 cylindrome
- 1 maladie de Bowen
- 2 épithéliomas annexiels d'origine sudorifère.

Nous ne pouvons évidemment pas parler de pourcentage d'une forme par rapport à une autre sur un nombre aussi restreint de cas.

Cependant une chose est évidente : c'est que nous retrouvons tous les types histologiques; et ceci concorde bien avec ce que nous disions plus haut, à savoir qu'il est très difficile d'affirmer le type histologique d'après l'aspect macroscopique - et que l'on a souvent des surprises.

Tel est le cas de Mme S.Marie, 51 ans, qui présentait une tumeur du pavillon :

Voici l'histologie de la pièce opératoire :

(Obs. n° 5)

"Ce fragment opératoire est le siège d'une prolifération tumorale qui se développe dans le derme jusqu'au contact du cartilage qu'elle n'entame pas.

La tumeur est constituée de multiples cordons souvent arrondis bordés par une assise de cellules palissadiques. Ils sont formés de cellules rondes ou ovalaires qui s'agencent parfois en couronne autour de boules de substance hyaline ou corps oviformes.

Chaque cordon est entouré par une gaine hyaline très distincte d'épaisseur variable.

Le stroma est constitué par un tissu conjonctif assez lâche.

Le deuxième fragment fait partie de la prolifération tumorale.

Il s'agit donc là d'un cylindrome que l'on pense se développer à partir des glandes sudoripares et dont on connaît la marche lente et peu envahissante.

Peut-on prévoir le type histologique d'après le point de départ ?

Là non plus ce n'est pas possible. En effet :
L'épithélioma spino-cellulaire prédomine partout sauf au niveau du lobule et du sillon rétro-auriculaire où l'épithélioma baso-cellulaire serait le plus fréquent pour LEROUX ROBERT :

Sur 235 cas, il trouve :

- 78 cancers au niveau de l'hélix, dont :
  - 59 spino-cellulaires
  - 15 baso-cellulaires
  - 1 intermédiaire
  - 3 épis non précisés.

- Anthélix : sur 1 total de 25 cancers :
  - 20 spino-cellulaires
  - 2 baso-cellulaires
  - 1 intermédiaire
  - 1 épi non précisé
  - 1 glandulaire
- Conque : sur un total de 22 cancers :
  - 17 spino-cellulaires
  - 5 baso-cellulaires
- Anti-tragus : sur deux cancers :
  - 2 spino-cellulaires
- Lobule : sur 10 cancers :
  - 4 spino-cellulaires seulement pour 6 baso-cellulaires.
- Tragus : sur 9 cancers :
  - 7 spino-cellulaires
  - 2 baso.
- Face interne du pavillon : sur 35 cancers, on trouve :
  - 26 spino
  - 9 baso
- Au niveau du sillon rétro-auriculaire : sur 20 cancers :
  - 3 spino-cellulaires seulement pour 17 baso-cellulaires.
- Région pré-tragienne : sur 10 cancers :
  - 5 spino
  - 5 baso
- Région rétro-auriculaire : sur 3 cancers :
  - 3 spino
- Point de départ non précisé : sur 21 cancers :
  - 15 spino
  - 6 baso

Par contre RIGAULT sur 33 cancers du sillon rétro-auriculaire, trouve :

- 13 spino
- 15 baso
- 2 intermédiaires
- 1 maladie de Bowen
- 2 cylindromateux

et au niveau du lobule : sur 3 cancers il trouve :

- 2 spino
- 1 baso.

EN CONCLUSION : bien que l'épithélioma baso-cellulaire semble un peu plus fréquent au niveau du sillon rétro-auriculaire qu'ailleurs, il est bien impossible en fait de prévoir le type histologique d'après le siège.

VII - EXTENSION

1°) Extension locale

Elle peut se faire en surface ou en profondeur. Les formes végétantes superficielles et l'ulcus rodens envahissent en surface. La forme ulcéro-végétante et la forme ulcéreuse détruisent en profondeur. Puis il va y avoir une extension vers l'épiderme et le cartilage du pavillon, et enfin un dépassement du pavillon.

Nous n'avons relevé aucun cas de tumeurs étendues du pavillon parmi nos observations. Par contre, ces cancers étendus sont relativement fréquents d'une manière générale puisque :

- en 1934, sur 59 cancers de l'oreille, LABORDE et VIA trouvent 8 cancers englobant tout le pavillon.
- en 1955, sur 214 cas, RIGAULT trouve 50 cancers étendus envahissant la presque totalité du pavillon. (29 sont des épithéliomas spino-cellulaires et 12 sont des baso-cellulaires).

L'extension en profondeur est relativement lente. Nous n'en trouvons qu'un seul cas : il s'agit d'un malade qui présente un cancer épidermoïde différencié dyskératosique au niveau de la conque avec une extension au lobule et perforation spontanée de celui-ci.

Nous avons également une description histologique d'un autre cancer, qui lui, arrive au contact du cartilage :

(Obs.n° 6) - Biopsie d'un épithélioma de l'hélix :

(M.V.Jean-Baptiste, 78 ans).

Plusieurs fragments ont été prélevés aux dépens de cette pièce opératoire : sur un fragment, il existe de toute évidence une prolifération tumorale maligne constituée par quelques bourgeons de cellules malpighiennes qui s'étendent dans le derme et arrivent au contact du cartilage.

Ces bourgeons malpighiens montrent des images de kératinisation, il existe des anomalies cellulaires.

Le stroma est constitué par un matériel collagène infiltré de quelques cellules inflammatoires.

Sur les fragments prélevés l'épiderme de surface conserve une structure normale.

Cet hélix est donc le siège d'un épithélioma épidermoïde différencié mature arrivant au contact du cartilage.

2°) Extension ganglionnaire.

Elle peut se faire vers 4 groupes ganglionnaires :

- parotidien sous auriculaire
- parotidien pré auriculaire
- mastoïdien
- et cervicaux profonds.

Seuls les épithéliomas spino-cellulaires donnent des envahissements ganglionnaires.

Ces adénopathies sont relativement fréquentes lors du premier examen; en effet :

- sur 59 cas LABORDE et VIA en trouvent 7 fois, dont 3 fois au niveau de groupe prétragien et 4 fois au niveau du groupe mastoïdien.
- sur 214 cas RIGAULT lui, en trouve 37 fois.
- sur 94 cancers, FLISS en trouve 14 fois.
- sur nos 8 observations nous n'avons jamais trouvé d'adénopathies.

VIII - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le diagnostic est en général évident. Cependant une néoplasie de petit volume peut prêter à discussion en particulier avec une tumeur épithéliale bénigne d'autant plus qu'on sait qu'elle peut dégénérer.
Nous pouvons rapporter à ce propos deux descriptions histologiques :

- l'une d'un kérato-acanthome,
- l'autre d'un kérato-acanthome présentant des signes de malignité au niveau de sa base.

(Obs.n°7) M.B... Basile, 65 ans

(Biopsie d'une tumeur de l'anthélix droit).

"Ce fragment opératoire est bordé par un épithélium malpighien irrégulier et épaissi, au centre du fragment où l'on remarque une dépression cratériforme remplie de kératine épaisse. A ce niveau il existe une hypercanthose et un allongement des crêtes épidermiques.

Le derme est occupé par de nombreux bulbes pileux dont certains sont complètement kératinisés.

Il s'agit donc ici d'un kérato-acanthome.
Aucun signe histologique de malignité.

Nous allons maintenant rapporter une autre description histologique qui est très peu différente de cette dernière et qui pourtant, elle, montre des images néoplasiques.

(Obs. n°8) M.H...René, 78 ans.

(Tumeur de l'hélix)

"Ce fragment opératoire est bordé par un épithélium malpighien très hyperplasique qui décrit des végétations papillaires et qui est recouvert par d'abondantes lamelles de kératine.

Ces végétations papillaires circonscrivent un cratère rempli de kératine.

Si la grande majorité de cette tumeur ne montre pas d'anomalies cellulaires, il n'en est pas de même à sa base où l'on trouve quelques boyaux malpighiens anarchiques montrant des anomalies nucléaires franches.

Autour de ces boyaux malpighiens, on ne trouve pas de basale définie. Le derme sous jacent contient des éléments annexiels; il apparaît oedémateux et inflammatoire.

Le cartilage est normal.

Il existe donc une réaction papillomateuse de surface qui présente l'aspect d'un kérato-acanthome. Cependant, à la base de cette tumeur, il existe de toute évidence une prolifération tumorale maligne de type épidermoïde différencié mature.

Cette tumeur maligne peut être traitée comme un véritable épithélioma épidermoïde différencié".

Nous pouvons également rapporter le cas de deux tumeurs cornées :

(Obs. n°9) M.G.... François, 84 ans.

(biopsie d'une tumeur du pavillon de l'oreille).

"Ce fragment cutané est revêtu d'un épithélium malpighien de structure normale qui dans la partie moyenne de la préparation présente d'importantes végétations papillaires ou la plupart des cellules malpighiennes ont un apsect dyskératosique.

Le derme sous jacent est occupé par des infiltrants inflammatoires assez abondants.

C'est là l'aspect histologique d'une corne cutanée banale ne présentant aucun signe histologique de malignité.

L'autre description histologique va montrer des images néoplasiques.

(Obs. n° 10) M.R...GEORGES, 66 ans.

(Biopsie d'une tumeur cornée du pavillon de l'oreille).

"Un des fragments prélevés est uniquement constitué par des végétations cornées. L'autre fragment est revêtu d'un épithélium malpighien qui est le siège d'une hyperkératose de surface.

Ce deuxième fragment est de toute évidence le siège d'une prolifération tumorale maligne faite de bourgeons malpighiens qui pénètrent dans le derme.

Les cellules tumorales montrent de fréquentes images de kératinisation et possèdent des noyaux irréguliers, parfois monstrueux.

Le stroma est infiltré par de nombreuses cellules inflammatoires.

Il s'agit donc là d'un épithélioma épidermoïde différencié mature.

EN CONCLUSION, il faut donc avoir souvent recours à l'examen histologique pour avoir la preuve qu'une tumeur bénigne ne soit pas dégénérée.

IX - TRAITEMENT

Nous allons rappeler les règles générales de traitement des épithéliomas de l'oreille externe.

Il existe deux techniques :

1 - Les radiations ionisantes

2 - La chirurgie

A - LES RADIATIONS IONISANTES

a) Radiothérapie de contact : sous 45 à 60 Kw. 4 à 5000 r en 6 à 12 séances étalées sur 2 à 3 semaines ou bien en deux séances à une semaine d'intervalle.

b) Curiethérapie interstitielle par aiguilles de radium : 1 à 1,5 mcd par centimètre cubes de volume tumoral.

c) Des isotopes radioactifs peuvent également être utilisés.

d) La curiethérapie externe par appareil moulé radifère est pratiquement abandonnée en raison du danger qu'elle présente pour le personnel infirmier.

e) La radiothérapie conventionnelle sous 200 Kw effectuée en un seul champ, elle délivre 4 à 5000 r en 30 à 60 jours.

f) Télécobaltothérapie : un seul champ. Elle délivre 6000 r/T.

B - LA CHIRURGIE.

On peut faire l'exérèse soit par électrochirurgie, soit par bistouri simple, ce qui semble préférable car le risque de chondrite ou de chondronécrose est moindre.

- L'amputation partielle du pavillon est faite en général pour les tumeurs de l'hélix. Elle est cunéiforme et doit comprendre peau et cartilage. Le pavillon

est ensuite reconstituée par suture bord à bord.

- L'amputation totale du pavillon doit si possible respecter le tragus et le conduit auditif externe afin d'éviter l'atrésie de celui-ci.

- Le comblement de la surface cruentée est obtenu par un lambeau de glissement temporo mastoïdien.

2°) TRAITEMENTS DES AIRES GANGLIONNAIRES

Elles sont également de deux ordres : radiothérapie et chirurgie.

A - LES RADIATIONS IONISANTES

a) La radiothérapie conventionnelle sous 200 Kw.

La technique la plus fréquemment utilisée comporte 3 champs :

- un champ auriculaire englobant en outre les régions mastoïdiennes en arrière et parotidienne en avant.
- deux champs cervicaux supérieur et inférieur englobant les territoires gnaglionnaires jugulocarotidien, spinal et cervical transverse.
- la dose est de 4 à 7000 r sur chacun de ces champs.

b) La télécobaltothérapie : elle comporte deux champs :

- auriculaire transversal et
- cervical antéro-postérieur.

La dose délivrée est de 5 à 6000 r.

B - LE CURAGE GANGLIONNAIRE

On pratique un curage ganglionnaire cervical complet homolatéral. Il est logique d'y adjoindre une parotidectomie totale. Le tout peut être réalisé en même temps que l'exérèse de la tumeur du pavillon.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

A - Pour la tumeur du pavillon.

Les indications doivent tenir compte non seulement des chances de guérison, mais

également de la qualité esthétique du résultat, et du risque de complication lié au traitement (accidents de nécrose).

Plusieurs cas doivent être envisagés en fonction du volume tumoral et de l'extension ou non du cartilage.

Premier cas :

Tumeur : inférieur à 2 cm.

- végétante
- sans extension chondrale

Traitement :

- soit radiothérapie de contact
- soit curiethérapie interstitielle.

Mais la radiothérapie de contact ne doit être utilisée que si la tumeur est accessible et de faible épaisseur (inférieur à un demi centimètre). Or il est très difficile d'interpréter l'épaisseur tumorale dans certains cas : par exemple au niveau du sillon rétro-auriculaire où l'on doit préférer la curithérapie.

Deuxième cas :

Tumeur de 2 à 4 cm.

- végétante ou ulcéreuse
- sans extension chondrale ni
- chondrite associée.

Traitement :

On a le choix entre la curiethérapie et la chirurgie. Ce choix dépend de plusieurs facteurs :

a) le type histologique : la chirurgie est préférable s'il s'agit d'épithéliomas spinocellulaires, car ceux-ci sont plus radiorésistants que les basocellulaires.

b) surtout de la localisation tumorale.

Troisième cas :

Tumeur de grandes dimensions : supérieure à 4 cm.

- ou tumeur infiltrante
- ou tumeur s'étendant au delà du pavillon, ou dénudant le cartilage.

Traitement :

exérèse chirurgicale large suivie de radiothérapie transcutanée (de préférence télécobaltothérapie).

B - Pour les aires ganglionnaires

Premier cas :

Il existe des adénopathies.

a) si elles sont opérables, il faut pratiquer un curage ganglionnaire homolatéral complet et y adjoindre une parotidectomie totale au moindre doute d'extension ganglionnaire intraparotidienne. Si l'examen histologique confirme la présence de métastases ganglionnaires, on fait une radiothérapie post-opératoire.

b) Si les adénopathies sont fixées, on pratique une radiothérapie des aires ganglionnaires complétées par la suite par un curage ganglionnaire lorsqu'il est possible.

Deuxième cas

Il n'existe pas d'adénopathie.

Il ne semble pas nécessaire de faire un curage ganglionnaire.

Par contre si la tumeur est de grande dimension ou étendue au delà du pavillon, on complète l'exérèse chirurgicale de la tumeur du pavillon d'une radiothérapie du lit tumoral et des aires ganglionnaires.

QUELLE ATTITUDE AVONS NOUS ADOPTEE POUR LE TRAITEMENT DE NOS TUMEURS ?

Nous rappelons qu'elles siègeaient toutes dans des régions accessibles à la chirurgie.

Nous avons pratiqué en effet un traitement chirurgical dans tous les cas, ce qui nous a permis de faire toujours l'examen histologique complet de la pièce d'exérèse et de savoir exactement le degré d'extension au cartilage.

Au point de vue technique :

Le bistouri simple fut le plus souvent employé. Mais nous avons également utilisé le bistouri électrique sans avoir de chondronécrose ou de chondrite.

Nous avons dû avoir recours 2 fois à une plastie cutanée pour avoir un bon résultat esthétique :

Nous en rapportons les comptes-rendus opératoires :

1°) Mme S... Marie, qui présentait un cylindrome du pavillon

(Obs. n°11)

"Ablation en monobloc de la peau de la tumeur et du cartilage adjacent (en passant entre cartilage et périchondre profond).

Prélèvement d'une greffe de peau à la face interne du pavillon dans sa partie basse, décollée par rapport à la zone d'exérèse.

Suture de la greffe bord à bord sur le rectangle de résection cutanée.

Fermeture de la zone de prélèvement en trichant avec les points d'angle.

Pansement.

2°) M. C... Robert, qui présentait un épithélioma spino-cellulaire de la conque avec perforation du lobule.

(Obs. n° 12)

"Section au bistouri électrique.

Résection du cartilage de la conque.

Rotation d'un lambeau cutané postérieur vers le conduit auditif externe pour obturer la brèche de l'ancienne conque.

Plastie cutanée de glissement avec la partie supérieure de la peau antérieure de la conque.

Pansement.

X - SUITES OPERATOIRES

D'une manière générale, les épithéliomas du pavillon ont des suites opératoires simples. On admet qu'environ 10 % des cas se compliquent d'accidents de nécrose secondaire à un traitement radiothérapique ou d'électrochirurgie.

Dans les cas que nous présentons, les suites opératoires furent simples.

XI - PRONOSTIC

Il est relativement bon, d'autant plus que ces cancers surviennent chez des personnes âgées.

Le nombre de récidives est à peu près le même pour n'importe quelle forme histologique.

ELISS donne 15 récidives ganglionnaires après traitement sur 94 cancers. D'ailleurs il était relativement pessimiste dans ces conclusions :

En effet, sur 94 cancers traités, il donnait les résultats suivants :

- 36 guérisons cliniques, dont 21 de plus de 3 ans.
- 11 malades décédés sans guérison locale.
- 15 malades morts de cause inconnue.
- 14 malades morts de maladies intercurrentes
- et 18 malades perdus de vue.

Le pourcentage de guérison oscillait donc entre 25 et 30 %.

En fait il semble qu'il faille être relativement plus optimiste.

En effet :

- HORNEBERGER en 1950 donne 52 % de guérisons sur 58 cas.
- METCALF en 1954 donne 84 % de guérison sur 110 cas.
- RIGAULT en 1955 donne 52 % de guérison.
- LROUX ROBERT en 1957 donne 124 guérisons à 5 ans sur 235 cas; si on étudie ces résultats selon l'histologie, on constate que les pourcentages de récidives sont sensiblement égaux pour les épithéliomas spino-cellulaires et les épithéliomas baso-cellulaires. En effet :

a) <u>sur 161 épithéliomas spino-cellulaires</u>, on trouve :

- 82 guérisons
- 21 récidives locales
- 7 récidives locales et ganglionnaires
- 12 récidives ganglionnaires
- 1 décès par nécrose
- 33 décès par maladie intercurrente.
- et 5 malades perdus de vue.

b) Sur 67 épithéliomas baso-cellulaires, on trouve :

- 37 guérisons
- 12 récidives locales
- 1 décès par nécrose
- 14 décès par maladies intercurrentes
- et 3 malades perdus de vue.

On constate que :

1°) le pourcentage de récidives est de l'ordre de 20 à 25 % pour l'une et l'autre forme histologique.

2°) Le pourcentage de récidives est sensiblement égal au pourcentage de malades décédés d'une maladie intercurrente.

3°) Le pourcentage de guérison est de 50 % pour les épithéliomas spino-cellulaires et de 56 % pour les épithéliomas baso-cellulaires. Donc sensiblement identique.

4°) Les résultats les moins favorables sont notés :

a) dans le groupe des épithéliomas propagés au delà du pavillon; en effet on note 10 cancers de la région pré-tragienne avec extension à l'oreille (dont 5 baso-cellulaires et 5 spino-cellulaires). Il y a seulement une guérison dans le groupe des spino-cellulaires et deux guérisons dans le groupe des baso-cellulaires.

b) au niveau du sillon rétro-auriculaire où l'on trouve seulement 8 guérisons sur un total de 20 cancers.

c) dans le groupe des épithéliomas infiltrants.

Parmi nos observations, nous n'avons seulement que 2 observations datant de 4 ans : ces malades revus régulièrement n'ont eu aucune récidive.

Les autres observations sont plus récentes - datant de un à deux ans - et là non plus nous n'avons pas noté de récidives.

XII - CONCLUSIONS

1°) Les épithéliomas du pavillon sont rares. Nous n'en relevons que 8 en 5 ans à la consultation O.R.L. de l'Hôpital COCHIN.

2°) Nous avons montré que malgré la nette prépondérance des épithéliomas spino-cellulaires, il y avait une grande diversité de formes histologiques qui se présentaient sensiblement de la même façon au point de vue clinique.

Nous avons relevé en effet :

- 3 épithéliomas spino-cellulaires
- 1 épithélioma baso-cellulaire
- 1 cylindrome
- 1 maladie de BOWEN
- 2 épis annexiels d'origine sudorifère.

3°) Au point de vue diagnostic, il faut savoir prendre la décision de faire une biopsie de tumeur épithéliale apparemment banale, car il arrive qu'elles dégénèrent.

Nous avons en particulier rapporté les descriptions histologiques de 2 tumeurs cornées : l'une bénigne (obs. n° 9), l'autre maligne (obs. n° 10), et de 2 kérato-acanthomes : l'un bénin (obs. n° 7), l'autre dégénéré (obs. n° 8).

4°) Au point de vue thérapeutique, lorsque le siège de ces épithéliomas est accessible à la chirurgie, nous la préférons à la radiothérapie, car elle nous permet de faire l'analyse histologique complète de la pièce d'exérèse, et en particulier de juger de son degré d'extension.

5°) Le pronostic de ces épithéliomas est relativement bon puisque l'on note un pourcentage de 50 à 56 % de guérisons, et que le nombre de récidives est sensiblement égal au nombre de malades décédés d'une maladie intercurrente.

Vu, le Président de Thèse :

Professeur AUBRY

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur G. BROUET

Vu, et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

ALLILAIRE R.

Cancer de l'oreille.
Thèse Paris 1940.

ARDOIN G.

Un épi atypique du lobe de l'oreille.
Annal. Anat. Path. 1934 11 pages 844-847.

AUBRY - LEMARIEY

Précis d'O.R.L.

DESAIVE P.

Epi du pavillon et traitement.
Le cancer - Bruxelles 1935 - 12 p. 273-286.

DUGOUJON A.F.

Contribution à l'étude du pavillon.
Thèse Bordeaux.

FLISS

Cancer du pavillon.
Thèse Toulouse 1956.

FLORENTIN P., GRIMAUD R.

Cancer du pavillon.
Rev. Méd. Nancy 1941-1967 p.319-326.

GUIOT - DUBREUIL

Tumeur mélanique du pavillon de l'oreille.
Journ. Méd. Bordeaux 1926- 103 p.764.

HAUTANT - LACCASSAGNE

Epi de l'oreille externe et de l'oreille moyenne.
Ann. O.R.L. 1934 p.1270-72.

HUTCHEON J.R.

Variant basal Cell carcinoma of the ear.
Méd. J. Aust. 2 - 841 - 3 - Nov 63.

LABORDE S. VIA E.

Etude sur les épis du pavillon.
Bull. Association Française d'études sur le cancer. 1934. 23. p.578-589.

LACCASSAGNE A.

Répartition des différentes variétés histologiques d'épis de la peau suivant les régions anatomiques.
Ann. Derm. Syph. 1933. 4. p.497-613.

LANGE P.

Cancer du pavillon de l'oreille.
Thèse Toulouse 1935-36.

LEMARIEY - HAMELIN

Cancer du pavillon.
Ann. O.R.L. 1952-69 pp.330-32.

LEROUX - ROBERT

Rapports du 55ème Congrès de la Société Française d'O.R.L.
Arnette Edit. 1957.

METCALF

Carcinoma of the pinna
New Engl. Journ. Méd. 1954- 251 p.91-95.

NICOLAS J. - ROUSSET J.

Epi spino-cellulaire de l'oreille simulant une acné vermoulante.
Bull. Derm. Syph. Mars 1938 p.171.

PEYTELON R., MOREL A.

Cancer du pavillon. Etude basée sur 42 cas.
Rev. Chir. 1935-73 p.547-567.

RIGAULT J.

Tumeurs malignes de l'oreille.
Thèse Paris 1955.

SCHWARTZMAN

Epithélioma of the external ear.
Sem. Méd. (B.Air) 123 1106-9 oct.63.

VANDIER

Cancer du pavillon.
Thèse Lyon 1926.

WALLON E.

Cancer du pavillon de l'oreille.
Ann. O.R.L. 1943 p.21-23.

EDITIONS A.G.E.M.P.
8 RUE DANTE
- PARIS V° -
ODÉ 58-90